

*Síndrome metabólica*  
*Diabetes*  
*Consequências*

III Seminário de Podologia  
Colégio Técnico Santa Maria Goretti

*Prof.Ms.Francisco Ribeiro de Moraes*

*Fisiologia e Patologia*

[\*afrmoraes@uol.com.br\*](mailto:afrmoraes@uol.com.br)

## Glicemia e Diabetes

Diagnóstico baseado em sintomas e exames

### EXAMES

Glicemia de jejum: Referência: 70,0 a 110,0 mg%  
Valores entre 110,0 e 180,0 realizar Curva Glicêmica  
Valores acima de 200,0 não é recomendado

Outros exames

Urina Tipo I

Glicosúria de 24 horas

Glicosúria 24 horas fracionada ( coleta de 6 em 6 horas – 4 amostras )

Controle

Hemoglobina Glicada: Referência: 4,5% a 5,5% (*fim da picada !*)

Lipidograma: Colesterol total e frações

Função renal: uréia e creatinina

# Lipídeos no Sangue

## Exames

Colesterol Total:	Referência	desejável até 150,0 mg%
HDLcolesterol:		desejável superior à 45,0 mg%
LDL colesterol:		desejável inferior a 35,0 mg%
Triglicérides:		desejável inferior a 155,0 mg%

Dislipidemia: alteração nas proporções das lipoproteínas no sangue

Desejável:  $LDL/HDL < 1$  não é dislipidemia

Risco Coronariano: exame de PCR: marcador de risco  
resultado: positivo ou negativo

# **Definições Recentes de Síndrome Metabólica (SM)**

**Resistência à Insulina**

**HDL baixo**

**Hipertensão arterial**

**Hipertrigliceridemia**

**Obesidade central**

**Intolerância à glicose**

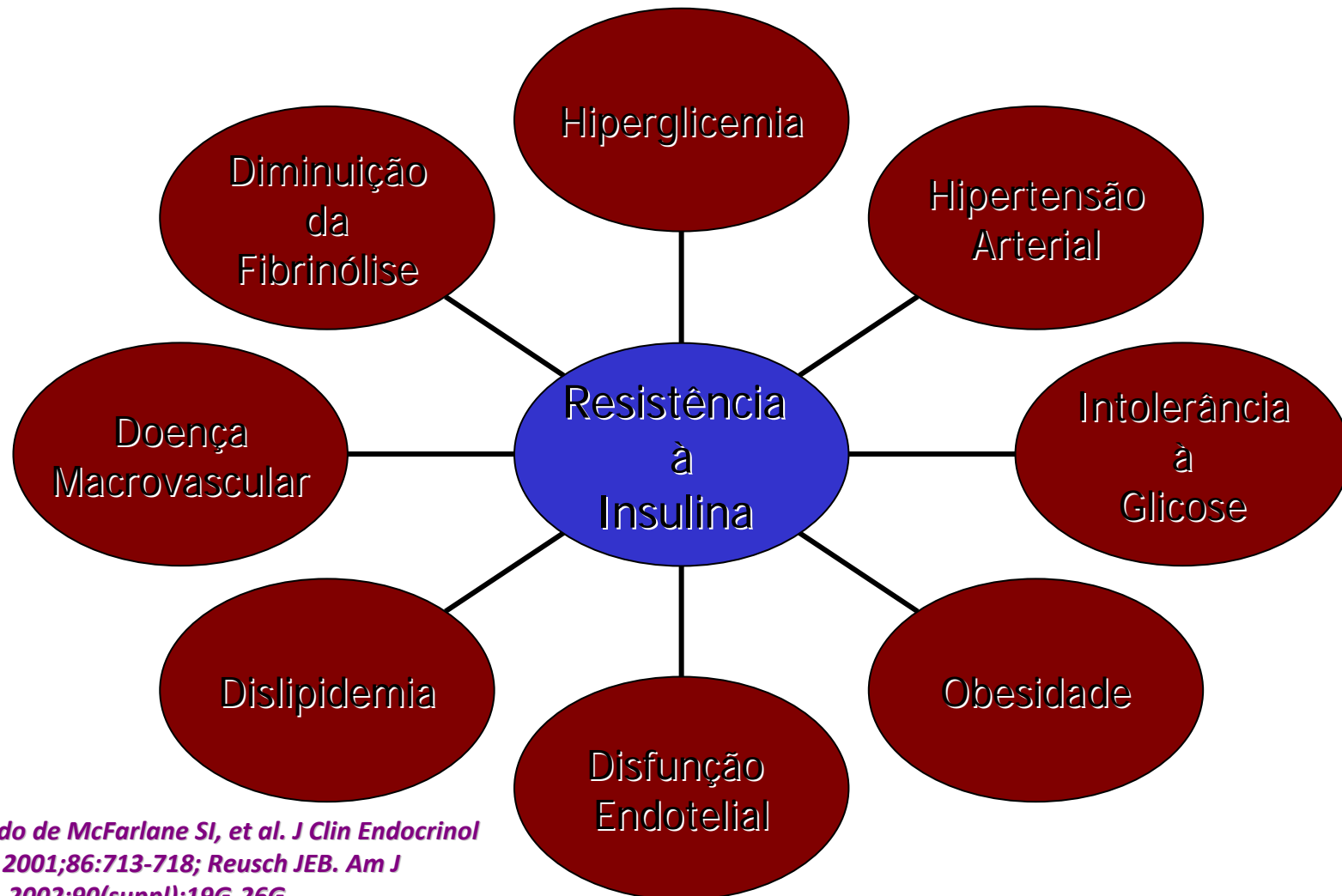
**Diabetes**

**LDL alto**

## Identificação Clínica da SM pelos Guidelines da NCEP (National Cholesterol Education Program) de 2001

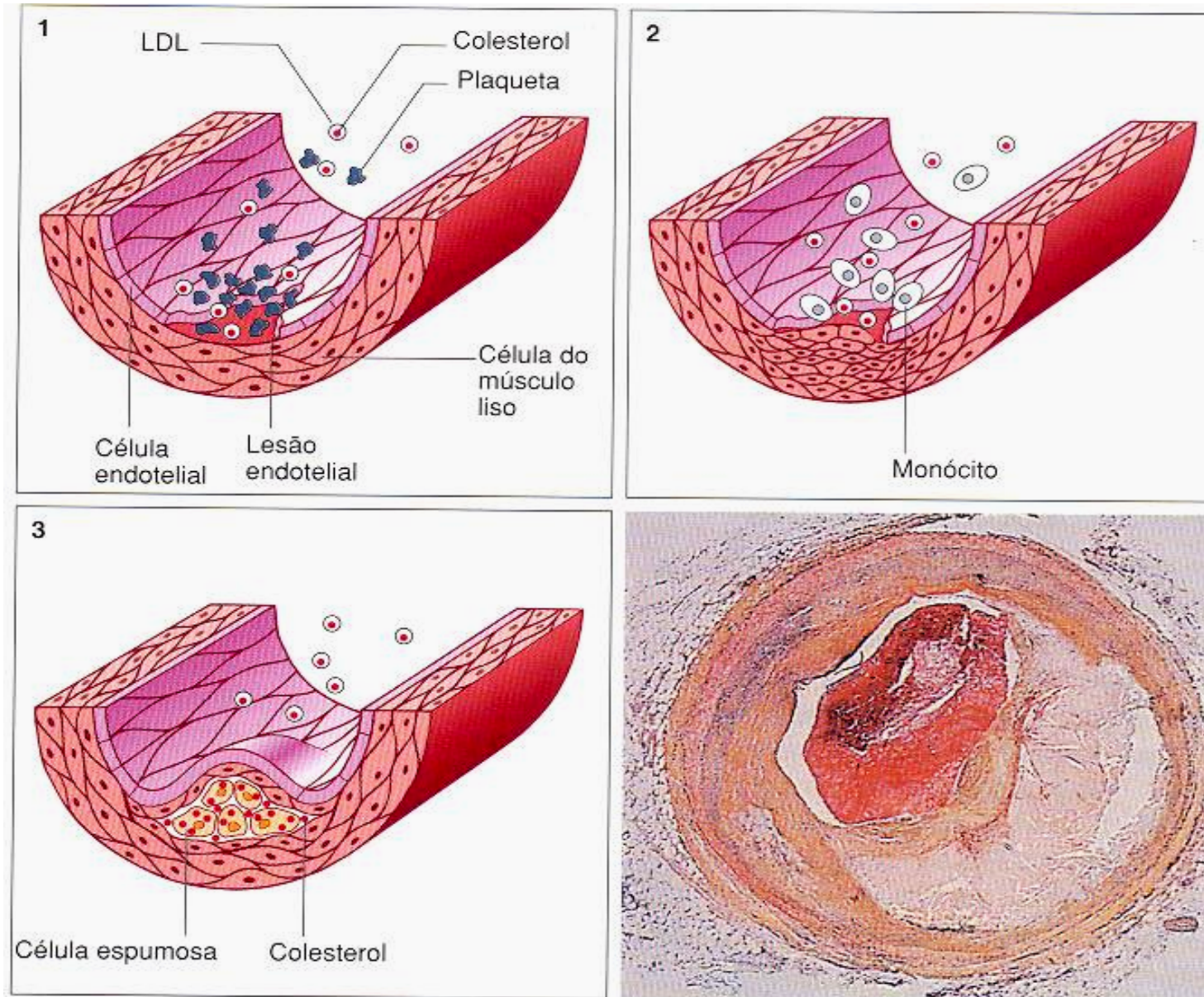
<b>Fator de Risco</b>	<b>Nível de Definição</b>
<b>-Obesidade Abdominal - (Circunferência da Cintura)</b>	
<b>Homem</b>	<b>&gt; 102 cm</b>
<b>Mulher</b>	<b>&gt; 88 cm</b>
<b>- Triglicérides</b>	<b>≥ 150 mg/dl</b>
<b>- HDL colesterol</b>	
<b>Homem</b>	<b>&lt; 40 mg/dl</b>
<b>Mulher</b>	<b>&lt; 50 mg/dl</b>
<b>- Pressão Arterial</b>	<b>≥ 130/≥85 mmHg</b>
<b>- Glicemia de Jejum</b>	<b>≥ 110 mg/dl</b>

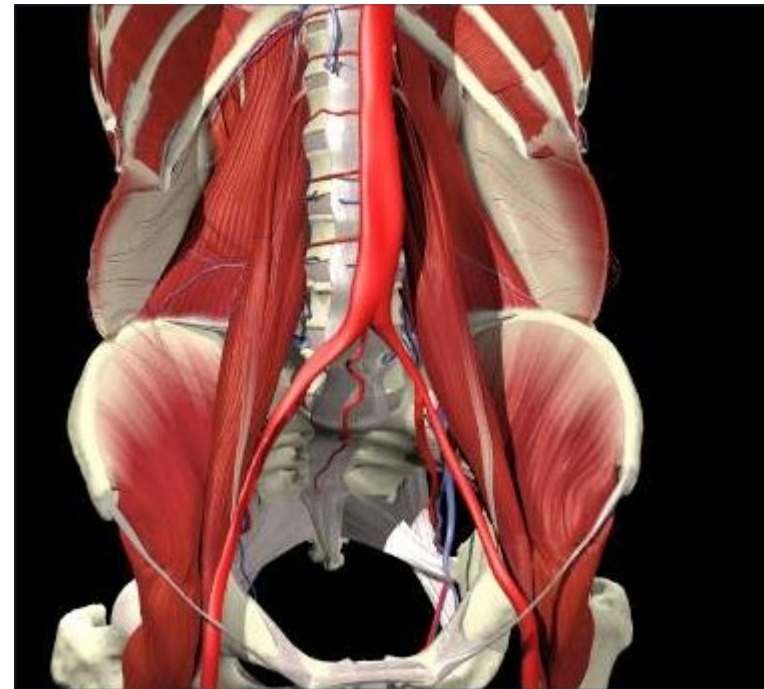
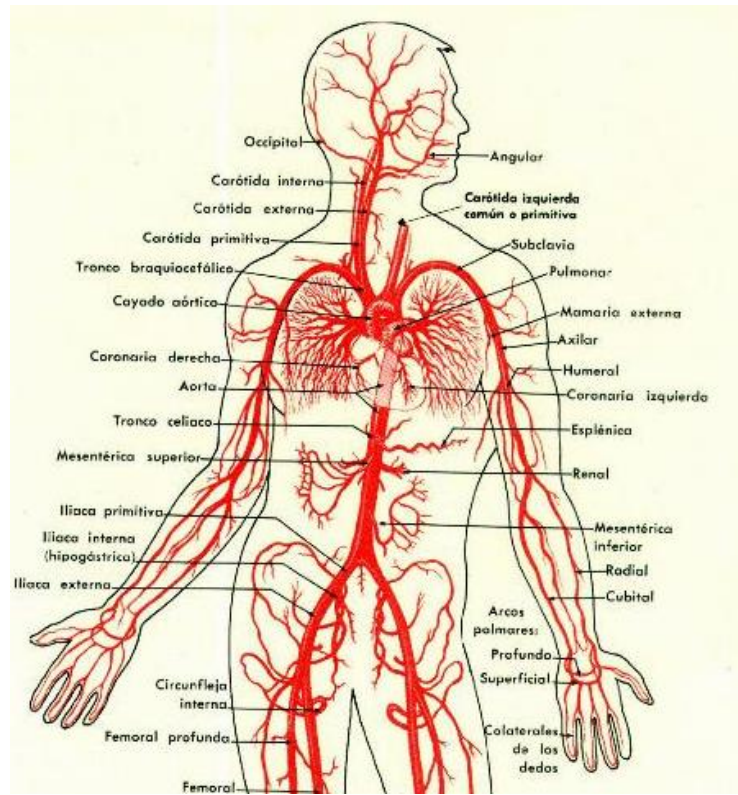
## Resistência à Insulina: Fator Central da SM

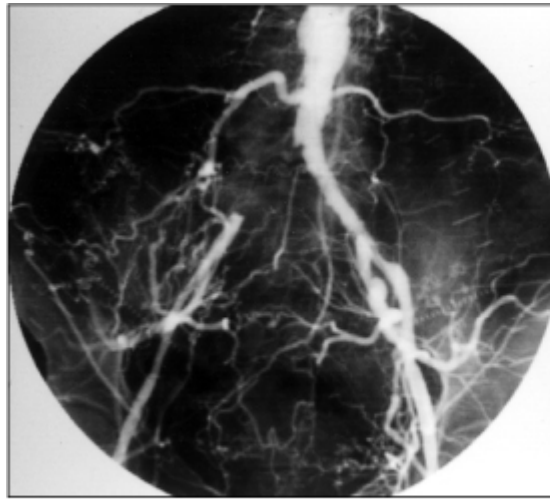


*Adaptado de McFarlane SI, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2001;86:713-718; Reusch JEB. Am J Cardiol. 2002;90(suppl):19G-26G*

# Processo de Arterioesclerose





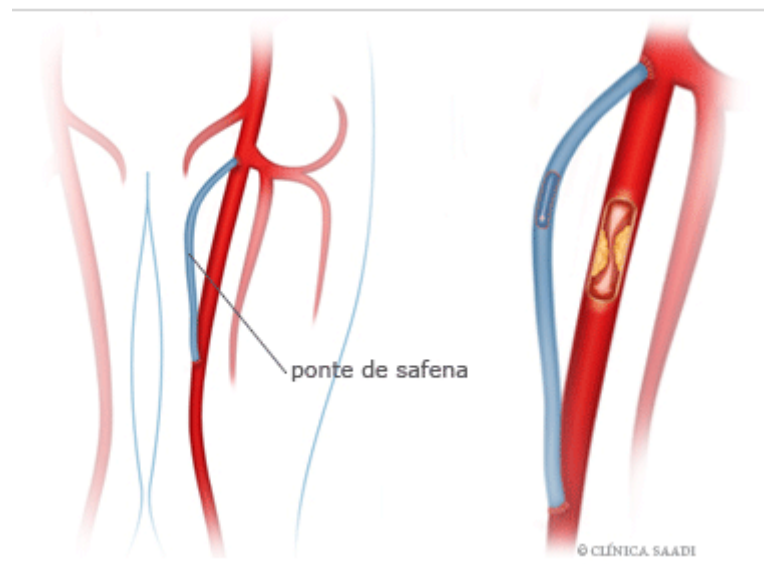
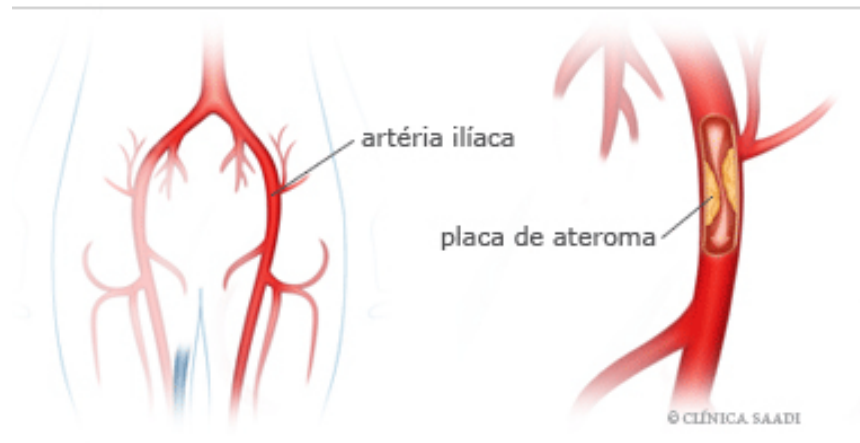


**A**

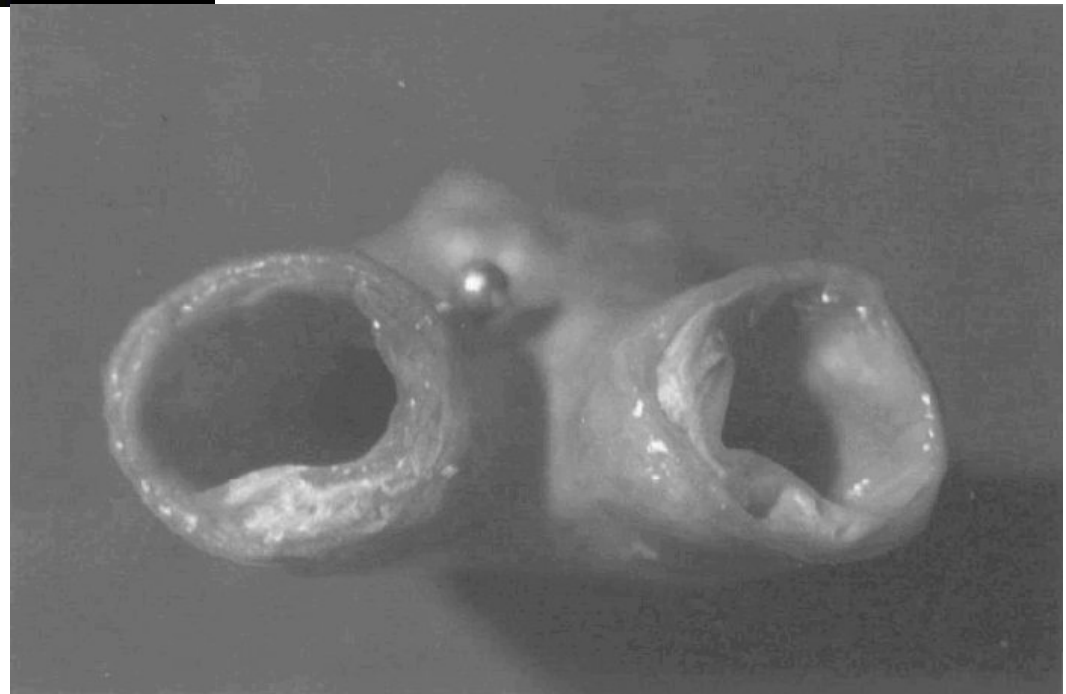
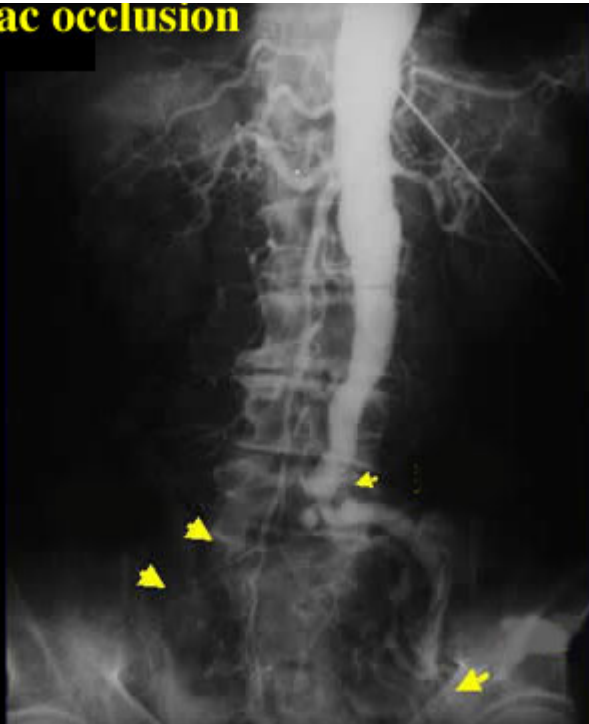


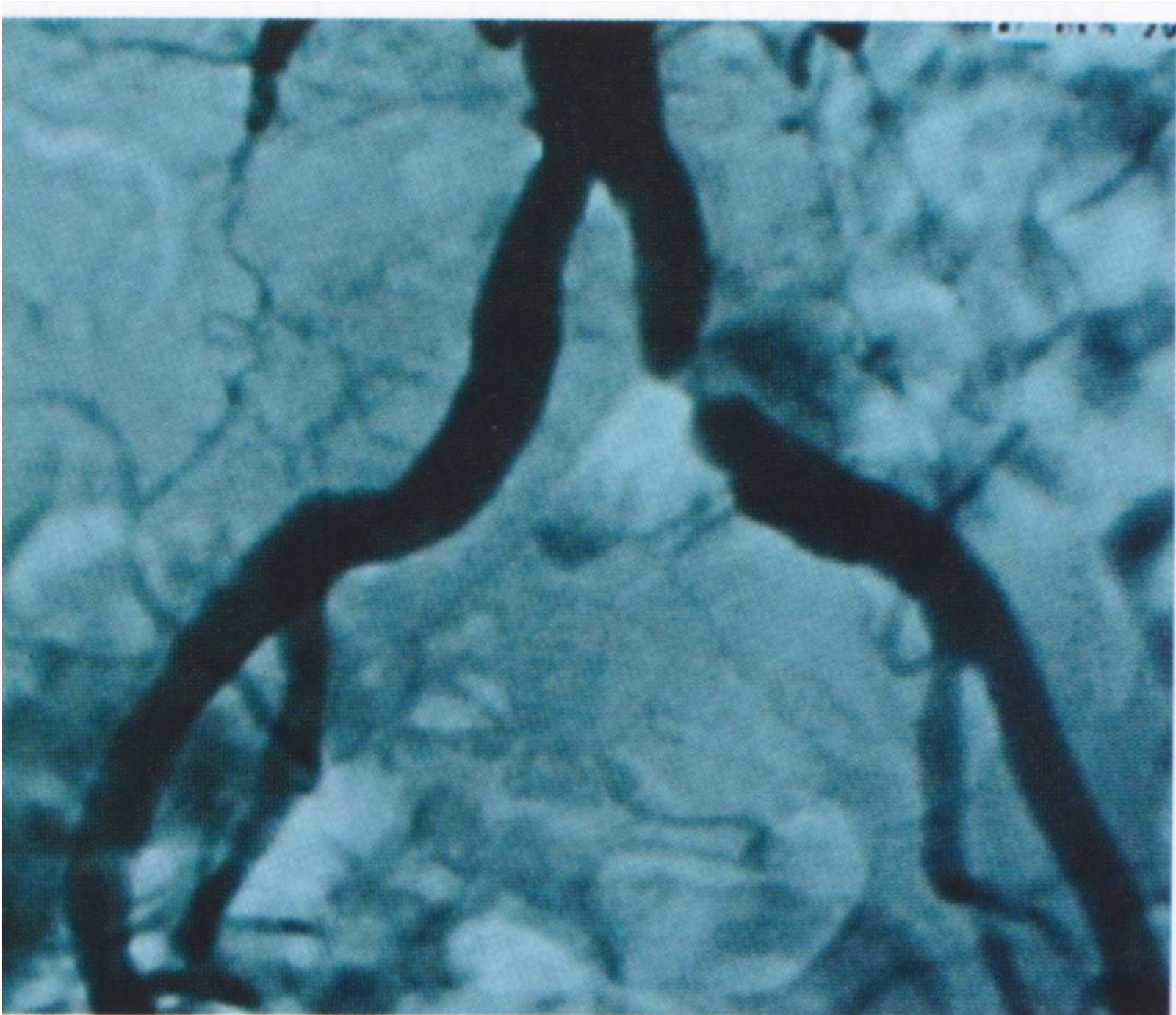
**B**

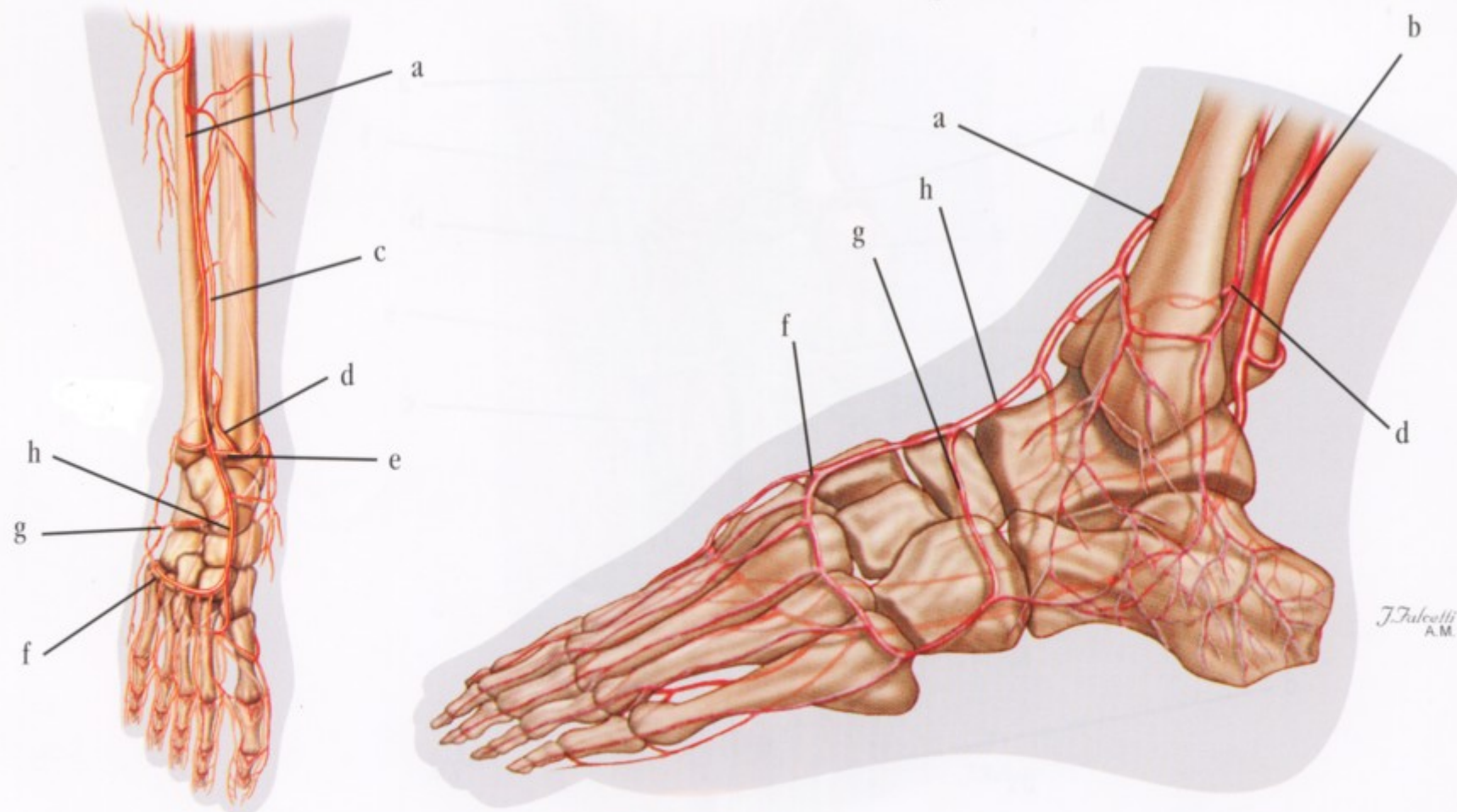
**Figura 1.** Arteriografias pré-procedimento (A) e pós-procedimento (B). Em A, oclusão da artéria ilíaca comum direita. Em B, local da recanalização com implante de endoprótese.



**aorto-iliac occlusion**







Os troncos arteriais da perna, tibial anterior (a), posterior (b) e fibular (c) formam rica rede anastomótica a partir do arco plantar e arco dorsal. A artéria fibular (c) termina em dois ramos comunicantes, um posterior (d) que se anastomosa a ramos (e) da tibial posterior para a formação do arco plantar. A artéria dorsal do pé origina (b) a társica lateral (g) e, mais adiante, a artéria arqueada (f) que se anastomosam formando o arco dorsal do pé, de onde saem as artérias metatársicas dorsais que se continuam pelas artérias digitais dorsais.











